25

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 novembre 1908, à 1 heure

Par Joseph AUBAN

Né à Montluçon (Allier) le 25 octobre 1881

LES

FROTTEMENTS PLEURAUX

CHEZ LES HÉPATIQUES

Président : M. ROGER, *professeur.*

Juges : MM. SEGOND, *professeur*
MACAIGNE et OMBREDANNE, *agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
	BRISSAUD.
Pathologie médicale	DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	N***.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	PINARD.
Clinique d'accouchements	BAR.
	RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

MÉDECIN PRINCIPAL EN RETRAITE

A MA GRAND'MÈRE — A MA TANTE

A MON ONCLE, LE DOCTEUR FOURNIE

MÉDECIN INSPECTEUR DU 18e CORPS D'ARMÉE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous a fait aujourd'hui en acceptant la présidence de cette thèse.

Nos études terminées, nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte d'acquitter un devoir facile et surtout agréable à remplir.

Nous remercions vivement MM. les professeurs de l'École de Poitiers qui ont commencé notre éducation professionnelle.

Nous sommes très reconnaissant envers nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, MM. les professeurs Landouzy, Le Dentu, Bar, Albarran, dont nous sommes fier d'avoir été l'élève et d'avoir pu apprécier les éminentes qualités.

Mais il est un maître qui nous a témoigné la plus grande bienveillance pendant ces trois dernières années : M. le Dr Lortat-Jacob, ancien chef de clinique à la Faculté, qui après nous avoir suggéré l'idée de ce travail, a bien voulu nous aider de ses conseils. Nous ne saurions oublier que c'est au solide enseignement de ce maître si dévoué que nous sommes redevable d'une grande partie de nos connaissances cliniques. A tous ces titres il a droit à notre gratitude et nous sommes heureux de la lui témoigner.

INTRODUCTION

Depuis longtemps l'attention des médecins a été attirée sur les relations étroites qui existent entre le foie et le poumon. Déjà Gallien nous parle de la « tussis hépatica » laquelle s'accompagne de dyspnée chez les sujets dont le tissu pulmonaire est refoulé par la masse hépatique hypertrophiée. Cette toux sèche et brève, décrite par Gallien, constitue, comme nous le dit M. Labadie-Lagrave (1), un phénomène bien caractéristique et peut déjà attirer l'attention sur un état morbide du foie.

Beaucoup plus tard, et dans le même ordre d'idées, on a insisté sur les rapports anatomiques entre les deux grandes séreuses, la plèvre et le péritoine ; Godelier nous énonce une loi qui se trouve ordinairement vérifiée en clinique : « Quand il y a de la tuberculose péritonéale, il y a toujours tuberculisation de l'une des deux plèvres. » Il est aussi de notion courante que la pleurésie coïncide souvent avec la lésion péritonéale ; nous en avons un exemple frappant dans la tuberculose

1. Labadie-Lagrave. *Traité des maladies du foie.*

miliaire pleuro-péritonéale de Fernez et Boulant où cette coïncidence est la règle.

D'ailleurs, les autopsies de péritonite tuberculeuse montrent, dans la moitié des cas, de la pleurésie sèche ou avec épanchement et à travers les lymphatiques du diaphragme, Cornil et Ranvier ont signalé l'existence de bacilles de Kock. C'est donc par l'intermédiaire de ces vaisseaux de jonction que la tuberculose du péritoine s'étend à la plèvre.

Il résulte de tout cela que l'on devait s'attendre à ce que les affections hépatiques eussent une répercussion sur la plèvre par l'intermédiaire du péritoine, et c'est ce que la clinique a souvent démontré. Rappelons que la pleurésie droite avec épanchement est une complication fréquente des kystes hydatiques et du cancer du foie.

Nous avons parlé de la pleurésie avec épanchement, car à notre avis les auteurs ont, dans ces cas, beaucoup moins ou presque pas mentionné la pleurésie sèche. C'est sur ce point tout spécial que nous nous permettons de nous arrêter.

La pleurésie sèche primitive, caractérisée par quelques frottements, par de la douleur localisée à l'hypocondre, par une certaine gêne respiratoire, possède une étiologie bien mal définie.

Nos classiques anciens et nouveaux sont loin d'être d'accord sur les causes prédisposantes et efficientes de cette pleurésie chronique d'emblée. Presque toujours la tuberculose est invoquée.

Un malade se plaint d'un point de côté où, fortuitement, l'auscultation révèle des frottements aux bases ;

l'état général du sujet est parfait et l'on arrive difficilement à rattacher ces phénomènes à un état bacillaire. C'est alors que l'on prononce le mot : pleurodynie. Certes, nous ne voulons pas nier qu'il n'existe de point de côté, de frottements, symptomatiques de tuberculose ou même d'une simple détermination rhumatismale sur la paroi, mais nous basant sur les données anatomiques, sur quelques observations, nous autorisant de l'expérience et des éminents conseils d'un de nos maîtres, nous pensons que les frottements accompagnés ou non d'autres signes physiques et entendus dans les régions latérales du thorax sont le plus souvent tributaires d'une lésion hépatique.

Dire qu'il est des frottements pleuraux liés à un état morbide du foie, démontrer l'importance de leur valeur : tel est le double but que nons nous proposons d'atteindre dans ce travail.

Nous avons cru indispensable de rappeler, dans une première partie, quelques rapports anatomiques de la région pleuro-péritonéo-diaphragmatique. Une deuxième partie contiendra l'étude des frottements en général. Cette étude comprendra deux chapitres : dans le premier, nous parlerons des frottements chez les hépatiques, tels qu'ils ont été décrits par les auteurs ; dans le deuxième, nous envisagerons ces frottements à un point de vue beaucoup plus spécial. Nous adopterons le même plan d'études pour une troisième partie sous la rubrique : valeur sémeiologique des frottements. Enfin nos deux dernières parties seront réservées à la pathogénie et aux conclusions.

PREMIÈRE PARTIE

ANATOMIE NORMALE

Topographie générale du foie.

Le foie occupe la partie la plus élevée de la cavité abdominale, à savoir : la presque totalité de l'hypocondre droit, une partie de l'épigastre et de l'hypocondre gauche. Recouvert par les sept ou huit dernières côtes, il est placé au-dessous du diaphragme qui le sépare des poumons et du cœur, au-dessus de l'estomac et de la masse intestinale. Sa face postérieure s'applique sur le corps des trois dernières dorsales.

Le foie est suspendu à la voûte du diaphragme par deux moyens de fixité : par des replis péritonéaux et par la veine cave inférieure. Deux ligaments péritonéaux : l'un vertical, le ligament suspenseur, l'autre transversal, le ligament coronaire, avec ses expansions formant les ligaments triangulaires.

RAPPORTS DE LA FACE CONNEX

(1) « La face supérieure est en rapport directement avec le diaphragme et la paroi abdominale, indirectement avec le cœur et les poumons, la plèvre et la paroi costale. Le foie est appliqué sur la face concave du diaphragme, sur sa partie charnue et sur les deux folioles droites et moyennes du centre phrénique. L'adaptation des deux surfaces courbes, toutes deux péritonéales, est si parfaite que Lushka l'a comparée à une articulation du genou.

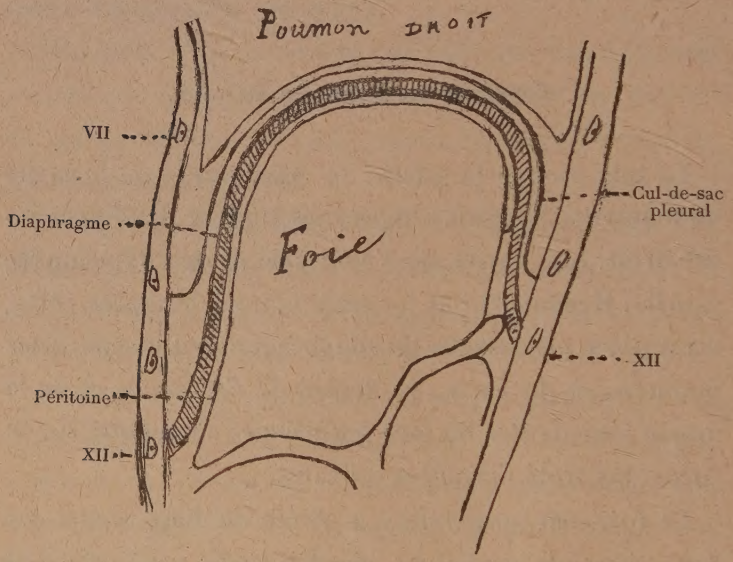

Fig. d'après Poirier et Charpy.

Les rapports avec le poumon droit sont très étendus, ceux du poumon gauche restreints à une surface minime.

1. Poirier et Charpy, tome IV.

La base excavée du poumon droit coiffe le sommet du foie qui, sur les coupes transversales, se montre entouré d'une couche de tissu pulmonaire. »

Au-dessus du diaphragme et intimement liée à lui se trouve la plèvre qui, en dépassant le bord inférieur du poumon, forme le cul-de-sac inférieur. Ce bas-fond pleural, dont la hauteur sur la ligne axillaire est de 7 à 8 centimètres durant l'expiration, diminue plus ou moins dans la phase inspiratoire.

Moyens d'union de la plèvre, du diaphragme et du foie.

Le foie est entouré d'une tunique fibreuse ou capsule de Glisson. Cette enveloppe est, d'une part, intimement liée au tissu propre de la glande et, d'autre part, au péritoine péri-hépatique. Ce péritoine, à son tour, est, comme nous allons le voir, en communication constante à travers le diaphragme avec cette autre séreuse qui est la plèvre.

Notons sommairement l'intimité des circulations hépatique et diaphragmatique, intimité qui fait que la moindre cause de congestion hépatique hypérémie du même coup la zone qui en est tributaire. Il est en effet des rameaux de l'artère hépatique qui arrivés sous la capsule fibreuse, viennent s'anastomoser avec d'autres rameaux venus de la mammaire interne par l'intermédiaire du ligament suspenseur, des diaphragmatiques par l'intermédiaire des ligaments latéraux. La circulation du retour s'effectue par les mêmes voies. Il

est, en outre, un groupe de veines décrit en 1859 par Sappey qui prenant naissance dans la partie centrale du diaphragme parcourent le ligament suspenseur et viennent se jeter dans le tissu hépatique.

Il nous reste à envisager un moyen d'union, beaucoup plus intéressant à notre point de vue :

Les lymphatiques.

Décrivons-les d'abord isolément dans chacun des organes qui nous intéressent.

a). — Les vaisseaux lymphatiques du foie ont été bien étudiés par Sappey qui a distingué un réseau superficiel et un réseau profond.

Les lymphatiques profonds naissent dans les lobules, qu'ils entourent ensuite d'un réseau capillaire à grosses mailles. Les lymphatiques superficiels nés des lobules périphériques de la glande forment un riche réseau à la surface du foie ; quelques-uns traversent le ligament suspenseur et le diaphragme pour aboutir au ganglion sus-xiphoïdien.

On peut, à l'aide d'injections démontrer que les troncs superficiels communiquent avec des lymphatiques profonds.

b). — Les lymphatiques du diaphragme naissent par un réseau de capillaires disposés dans l'interstice des faisceaux musculaires du corps charnu ou des fibres tendineuses du centre phrénique.

De ce réseau d'origine partent de nombreux troncules dont les uns se portent vers la face concave du dia-

phragme et dont les autres ascendants gagnent sa face convexe. Les troncs descendants, toujours très grêles, constituent, au-dessous du péritoine, un réseau assez pauvre et qui donne naissance à des troncules qui remontent vers la face convexe.

Les troncules ascendants les plus importants arrivent sur la face supérieure au-dessous de la plèvre où ils se jettent dans trois grands collecteurs.

c). — (1) « Les lymphatiques du feuillet viscéral de la plèvre se jettent dans les collecteurs superficiels du poumon ; les lymphatiques du feuillet pariétal se jettent dans les troncs intercostaux pour la plèvre costale, dans les troncs diaphragmatiques pour la plèvre viscérale diaphragmatique, dans les ganglions du médiastin postérieur pour la plèvre médiastine. »

Nous voyons combien est riche le système lymphatique des trois régions qui nous occupent. Or il est démontré anatomiquement que les lymphatiques du diaphragme communiquent avec ceux de la plèvre d'une part et avec ceux du péritoine d'autre part.

Il existe en outre un moyen de communication, au sujet duquel les auteurs ont beaucoup discuté, nous voulons parler des puits lymphatiques. Par l'intermédiaire de ces puits, les lymphatiques et les cavités séreuses seraient en relations directe. Nous nous permettrons à ce propos de reproduire les données anatomiques telles qu'elles ont été décrites par M. Branca (2).

1. Poirier et Charpy : *Les lymphatiques.*
2. Branca, *in* Poirier et Charpy : *Les lymphatiques.*

Sur une section verticale, le centre phrénique nous montre, en allant de sa face pleurale vers sa face péritonéale :

1° Endothélium pleural.

2° Tissu conjonctif sous-pleural parcouru par des vaisseaux lymphatiques volumineux.

3° Le tendon du diaphragme réparti en deux plans superposés.

a). — Le plan des fibres tendineuses paraboliques formé de faisceaux concentriques.

b). — Le plan des fibres radiées.

Les fibres tendineuses reconnaissables à leur section circulaire, aux fibrilles qui les composent, aux cellules tendineuses qui les recouvrent, apparaissent séparées les unes des autres par des fentes allongées, dites fentes intertendineuses.

Aussi en regardant le centre phrénique par sa face péritonéale, on y voit alterner des bandes sombres et des bandes claires. Les premières se rapportent aux tendons, les autres ne sont que les fentes intertendineuses.

c). — Au-dessous du plan de fibres radiées s'étale une nappe de tissu conjonctif diffus qui n'est bien visible qu'en regard des fibres tendineuses. Cette nappe s'amincit en regard des espaces qui séparent ces fibres les unes des autres ; elle est constituée par des faisceaux conjonctifs diversement orientés et par des globules blancs.

d). — L'endothélium péritonéal limité par des lignes d'imprégnation étroites et nettes représente la couche la plus profonde du centre phrénique. Il se présente de place en place, au niveau des fentes intertendineuses, des îlots arrondis qui tranchent par leur aspect sur le reste du pavé endothélial. Aux points occupés par ces îlots, l'endothélium de la séreuse forme un bourgeon plein avec creux qui s'enfonce dans les fentes intertendi-

neuses. C'est ce bourgeon perpendiculaire ou oblique à la surface du diaphragme qu'on désigne communément sous le nom de puits lymphatiques.

Un puits représente donc un diverticule microscopique du péritoine et, comme le péritoine, il est formé dans toute son étendue d'un revêtement cellulaire.

Cet espace est limité sur les côtés par les deux tendons marginaux, en haut le plus souvent par un tendon placé entre les premiers sur un plan supérieur ou plus simplement par le feuillet pleural.

M. Branca ne croit pas à une communication directe entre le tissu conjonctif sous-pleural et la séreuse péritonéale. Le passage à travers le péritoine de corpuscules figurés venus des lymphatiques du diaphragme s'expliquerait fort bien d'après lui par des données physiologiques telles que la phagocytose et la diapédèse.

Ranvier pense que sur la surface péritonéale diaphragmatique il existe des orifices qui commandent l'entrée des puits et qui « établissent une communication directe entre la cavité péritonéale et les fentes lymphatiques ».

Nous retiendrons seulement la série d'expériences concluantes qui furent faites et entre autres celle de Recklinghausen en 1863. Cet auteur, après avoir tué un lapin par hémorrhagie, ouvre la cavité abdominale, lie la veine cave, l'aorte et l'œsophage. Le lapin est alors coupé transversalement au-dessous du diaphragme, puis suspendu la tête en bas. On verse sur la concavité péritonéale du diaphragme du bleu de Prusse, tandis

qu'au moyen d'une canule introduite dans la trachée on actionne le muscle de manière à lui imprimer des mouvements alternatifs d'abaissement et d'élévation.

La face péritonéale du diaphragme étant lavée et les éléments fixés à l'alcool, la préparation montre le bleu, qui, à travers les interstices du centre phrénique, s'est engagé dans le réseau lymphatique sous-pleural.

DEUXIÈME PARTIE

LES FROTTEMENTS

Chapitre I

LES FROTTEMENTS CHEZ LES HÉPATIQUES, TELS QU'ILS ONT ÉTÉ DÉCRITS PAR LES AUTEURS

Etant donné les connexions intimes que nous venons d'exposer, nous chercherons dans un chapitre ultérieur à expliquer comment l'état de souffrance de la glande hépatique vient se traduire à nous par ces signes physiques qui sont les frottements.

Rappelons avant tout que ces signes sont bien connus dans certaines maladies aiguës du foie, maladies à grand fracas, telles que le cancer et les abcès des pays chauds par exemple. Mais, dans ces cas, ils sont envisagés surtout comme des phénomènes de péri-hépatite.

C'est ainsi qu'à propos du cancer du foie, Jaccoud (1)

1. Jaccoud. *Traité de pathologie interne.*

nous parle « d'une douleur vive à l'hypocondre et en même temps d'un frottement péritonéal que l'on pourrait percevoir par l'oreille et par la main ».

D'après Lancereaux (1) : « Dans les états inflammatoires hépatiques, les adhérences du foie au diaphragme sont presque constantes et si ces adhérences ne sont pas intimes, la main peut avoir l'impression de frémissements et de frottements perceptibles à l'auscultation. » Au cours des grands abcès du foie : abcès des pays chauds, il a été signalé un peu partout des frottements qui ont été mis sur le compte de la péri-hépatite.

Les signes que nous venons d'énumérer et qui, dans la plupart des cas, peuvent être perçus par la main appliquée sur la région hépatique, sont par conséquent des signes grossiers, évidents, et comme tels ils n'entrent en aucune sorte dans le cadre de notre sujet. Cependant les rapports de nos deux séreuses restent toujours les mêmes, les lois citées précédemment sont toujours applicables, et nous pensons aussi qu'à côté de ces phénomènes grossiers, dus sans doute ici à une inflammation excessive du péritoine, il en est d'autres plus discrets ayant pour siège la région pleurale.

A ce propos nous citerons en dernier lieu les remarques de M. Bertrand (2), médecin de la marine, qui en 1890 a consacré tout un article aux frottements hépatiques liés aux abcès des pays chauds. Voici ce qu'il nous dit : « Le frottement péri-hépatique est perçu par l'oreille

1. Lancereaux. *Traité des maladies du foie et du pancréas.*

2. Bertrand. Frottement péri-hépatique et abcès du foie (*Revue hebdomadaire de méd. et de chirurgie*, octobre 1890).

et par la main appliquée sur l'hypocondre droit, le plus souvent au niveau du septième ou huitième espace intercostal, sur la ligne axillaire antérieure, et ce siège semble en indiquer l'origine péritonéale. Cependant *je n'affirme pas que jamais la plèvre ne participe à la genèse de ce bruit*, car il arrive qu'on le perçoive tout d'abord en arrière, à la base de l'hémithorax droit, c'est-à-dire dans une région où les rapports du poumon avec la paroi thoracique sont dans le sens vertical plus étendus qu'en avant et qu'on rencontre à l'autopsie autant de pleurésie diaphragmatique que de péri-hépatite. »

Chapitre II

LA SYMPTOMATOLOGIE DES FROTTEMENTS, TELS QUE NOUS LES ENVISAGEONS

Pour nous, il ne fait aucun doute que les frottements, objet de cette étude, soient d'origine pleurale, et nous dirons plus loin les raisons sur lesquelles nous fondons cette assertion.

Ces frottements possèdent par conséquent le caractère commun à tout frottement pleural, c'est-à-dire qu'ils sont superficiels, non modifiés par la toux et la respiration. Ils peuvent être disséminés dans tout l'hypocondre droit, parfois même dans l'hypocondre gauche, ce qui témoignerait sans doute d'une plus grande extension du processus morbide. Hâtons-nous d'ajouter qu'on les rencontrerait de préférence à la limite supérieure de la matité hépatique, sur une ligne allant du creux de l'aisselle vers le tiers antérieur de la crête iliaque. Nous rappellerons à ce propos que le bord supérieur du foie correspond sur la ligne axillaire

droite au septième espace intercostal ou à la septième côte (Mongour).

Chez les nombreux malades que nous avons examinés, nous n'avons jamais entendu le bruit classique du cuir neuf, qui caractérise si nettement par son intensité le frottement ; partout nous avons eu la même sensation de simple crépitation amidonnée, crépitation entendue aux deux temps de la respiration, cependant plus fréquemment à l'inspiration, nous a-t-il semblé.

Pour ne pas être accusé d'avoir parlé de frottements hépatiques là où l'on serait en présence de reliquats pleurétiques, nous avons de parti pris éliminé dans nos observations tout individu ayant eu une pleurésie ou qui fût même suspect au point de vue bacillose. La plupart de nos malades n'ont eu ni point de côté, ni toux, ni dyspnée, ni réaction fébrile, n'ont point en un mot présenté les symptômes de la vraie pleurésie, celle-là seule qui a été signalée par bon nombre d'auteurs au cours des kystes hydatiques par exemple ou même de la cirrhose atrophique de Laënnec.

C'est que nous avons surtout voulu attirer l'attention sur le phénomène physique qui évolue *silencieusement, phénomène qui selon nous existe chez tout hépatique* et qui par cela même devra être recherché systématiquement toutes les fois que l'on soupçonnera une perturbation dans le fonctionnement de la glande hépatique.

Nous allons donc constater la présence de ces frottements pleuraux dans des maladies hépatiques confirmées.

Observation I (*inédite*)

(due à l'obligeance de M. le Dr Lortat-Jacob.)

Cancer du foie.

Thérèse G..., âgée de 77 ans, ménagère, est entrée le 23 juillet 1908 : salle Cruveilhier (hôpital de la Charité. Service du Dr Morel-Lavallée, remplacé par le Dr Lortat-Jacob).

La malade entre pour asthénie profonde et douleurs dans l'hypocondre droit et la région épigastrique. Ces douleurs ont commencé depuis une huitaine de jours seulement. A ce moment, elle a eu deux ou trois petits vomissements insignifiants; elle n'a pas constaté l'apparition de sa teinte ictérique. Elle a beaucoup maigri depuis quelques semaines.

Ce sont les seuls renseignements que l'on peut obtenir. Ajoutons que cette femme n'avait jamais été malade, n'avait jamais éprouvé de douleurs quelconques.

Aspect général. — Ictère cutanéo-muqueux très prononcé. Le volume de l'abdomen tranche au premier examen avec l'aspect émacié du sujet. La face amaigrie traduit un état de souffrance intense. Légère exophtalmie. Œdème malléolaire assez prononcé. Pas de taches ecchymotiques.

Asthénie très marquée : la malade a conservé la plénitude de ses facultés intellectuelles, mais répond d'une façon lente ; elle a de la peine à parler.

Examen de la région hépatique. — On constate que le foie remonte jusque dans le quatrième espace intercostal gauche ; en bas, il descend jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de

l'ombilic. Le bord du foie dans l'hypocondre droit ou mieux dans la fosse iliaque droite apparaît à peu près normal, nettement tranchant, sans bosselures. Mais lorsqu'on se rapproche de la ligne médiane, la palpation devient douloureuse, en particulier au niveau de la vésicule biliaire.

A ce niveau, on sent un foie bosselé, dur, semblant hypertrophié localement.

Légère ascite dans les flancs.

Légère circulation collatérale, plus marquée du côté gauche que du côté droit.

Appareil digestif. — Langue chargée. Aucun appétit : la malade ne s'alimente pas. Diarrhée. Selles décolorées, fétides.

Pas de sang dans les selles.

Pas d'hématémèses.

Appareil respiratoire. — Congestion diffuse des deux poumons. Dyspnée légère.

Frottements dans la région axillaire droite.

Appareil circulatoire. — Cœur augmenté de volume. Le pouls est petit, mou : 108 pulsations par minute.

Système nerveux. — Léger subdélire, plus marqué la nuit.

Jusqu'au 28, pas de changement notable dans l'état de la malade.

Le 29. — Diarrhée plus intense, décolorée.

Les selles deviennent, par moments, noirâtres et fétides.

Le délire augmente. Agitation surtout nocturne.

La température est diminuée, les syncopes deviennent plus fréquentes.

Pas d'hémorrhagies cutanées.

Le 1er. — Mort dans le coma.

Autopsie. — Adhérences pleurales très marquées, limitées au

niveau du bord supérieur du foie et siégeant exactement sur la ligne axillaire.

Mêmes adhérences au niveau du sommet droit, mais insignifiantes.

Poumon droit : manifestement emphysémateux.

Pas de tuberculose appréciable au niveau du sommet.

Poumon gauche : emphysème moins marqué.

Cœur : gros et mou, athérome aortique.

Abdomen : énorme, masse cancéreuse du pancréas, du foie, du pylore et du cholédoque.

La vésicule biliaire, enfouie au milieu d'adhérences et entourée de tissu néoplasique, contient un suc purulent et une quinzaine de gros calculs de la grosseur d'une petite noisette.

Quelques nodules sont disséminés dans le foie.

Observation II (*inédite*)

(due à l'obligeance de M. le Dr Lortat-Jacob).

Coliques hépatiques.

Mme W..., se plaint de douleurs dans la région hépatique du côté droit.

Il existe un état saburral des voies digestives et en même temps, cette dame est sujette à des poussées articulaires subaiguës (arthropaties de l'épaule gauche).

La palpation du foie ne dénote rien de spécial, la percussion non plus.

A l'auscultation de la ligne axillaire, à la partie inférieure, on trouve des frottements secs manifestant la pleurite sèche qui accompagne des poussées de congestion hépatique.

Observation III (*personnelle*).

(recueillie dans le service du Dr Morel-Lavallée.
M. le Dr Lortat-Jacob, remplaçant.

Cirrhose biliaire hypertrophique.

Notre malade B..., est entrée à la Charité, salle Cruveilhier, nº 3, le 1er août 1907. Cette malade, à son entrée, présentait un ictère très marqué survenu quelques semaines auparavant sans aucune douleur, avec selles décolorées et accompagné d'hémorrhagies rectales abondantes, d'origine hémorroïdaire, d'ascite, d'œdème des membres inférieurs et d'un état général assez grave. Cet ictère persista encore trois semaines environ.

Actuellement : juillet 1908, l'état général est très amélioré : plus d'ascite, plus d'œdème, plus d'ictère. Nous notons seulement sur les flancs la présence d'un léger réseau veineux.

Le foie est gros, déborde les fausses côtes de quatre à cinq centimètres, il est dur, lisse à la palpation.

La rate est perceptible à la percussion. Notre malade se plaint seulement d'une grande faiblesse et de douleurs vagues lombaires.

A l'auscultation de la région hépatique nous notons un frottement limité sur la ligne axillaire droite et correspondant à la matité supérieure du foie. A gauche, aucun bruit anormal.

Cette femme est une ancienne éthylique.

Elle a eu trois enfants, puis une fausse couche.

Aucun stigmate de spécificité.

Antérieurement, elle a fait plusieurs séjours à l'hôpital Boucicaut avec les mêmes poussées d'ictère franc accompagnées

de décoloration momentanée des selles, d'épistaxis, d'ascite, de circulation collatérale.

Observation IV (*personnelle*).

(Rec. dans le service du professeur Roger.)

Cancer du foie.

Louise B..., 65 ans, passementière, entrée à l'hôpital de la Charité, le 4 août 1908 ; est couchée salle frère Côme, n° 28.

Depuis trois mois la malade a beaucoup maigri, en même temps qu'est apparu un ictère accompagné de douleurs dans l'hypocondre droit.

Actuellement : cachexie, œdème considérable des membres inférieurs et de l'abdomen.

A la base droite: quelques râles de congestion; et dans la région axillaire : fins frottements à l'expiration. A gauche: râles de congestion, pas de frottements.

Observation V (*personnelle*).

(Rec. dans le service du Dr Morel-Lavallée.)

Ictère catarrhal.

Georges F..., 33 ans, homme de peine, entré à l'hôpital de la Charité, salle Corvisart : juillet 1908.

Cet homme, dont l'état général paraît satisfaisant, présente une teinte ictérique généralisée avec vomissements abondants et décoloration des selles. Les urines sont abondantes, très foncées. Le pouls est à 70.

Pas de prurit ; le malade se plaint seulement de crampes dans les jambes et d'une légère douleur dans la région hypocondriaque droite. Aucun signe bien net d'éthylisme et cependant il boit, nous dit-il, trois litres de vin en moyenne par jour.

Le foie mesure 17 centimètres, la rate est perceptible à la percussion.

A l'auscultation : gros râles de bronchite et sur la ligne axillaire droite, frottements très marqués.

Observation VI (*personnelle*).

(Rec. dans le service du Dr Morel-Lavallée.)

Cirrhose alcoolique hypertrophique.

Louis M..., 45 ans, imprimeur, entre le 21 juillet 1908, salle Corvisart, hôpital de la Charité.

Pas d'antécédents héréditaires.

Pas d'antécédents personnels.

Le malade, qui a habité les colonies pendant deux ans, a des signes nets d'éthylisme : pituites journalières, sensation continuelle de froid aux extrémités, tremblement très léger.

Il entre à l'hôpital à cause de ses hémorrhagies intestinales.

Le foie mesure 23 centimètres, il n'est pas douloureux à la pression.

Pas d'ascite, pas d'œdème, aucune trace de prurit.

A l'auscultation : quelques râles légers de bronchite et quelques frottements disséminés sur la ligne axillaire droite.

Observation VII (*résumée*).

(Dévé. *Revue de chirurgie*, 19 déc. 1906.)

Kyste hydatique gazeux du foie. Frottements pleuraux à droite et à gauche.

Femme de boucher, 30 ans, souffrant du côté droit et de l'épaule correspondante depuis six ans. A remarqué depuis un an et demi une augmentation de volume de son côté droit.

Amaigrissement et palpitations depuis deux ou trois mois surtout. C'est ce dernier symptôme qui la décide à consulter un médecin.

Jamais d'urticaire. Absence d'ictère, de dégoût des graisses, de diarrhées. Pas de vomissements, pas de douleurs abdominales aiguës.

Examen : 21 juin 1906.

Ampliation très marquée de la moitié droite du thorax ; légère circulation veineuse au niveau du flanc droit. Voussure régulière et rénitente immédiatement au-dessous du rebord costal et à l'épigastre.

Pas de frémissement hydatique.

A l'auscultation frottements pleuraux à la base droite en arrière. Dans le tiers inférieur du poumon, en avant, absence de murmure vésiculaire : à ce niveau, ni souffle ni égophonie.

Une autre zone de frottements pleuraux existe du côté gauche, en dehors de la pointe du cœur.

Diagnostic : volumineux kyste hydatique du foie aseptique.

Observation VIII (*résumée*).

(Hanot et Gilbert. *Étude sur les maladies du foie.*)

Cancer hépatique avec cirrhose. *Frottements pleuraux suivis d'une pleurésie avec épanchement.*

N..., 58 ans, journalier, entre à l'hôpital de la Charité le 27 mars 1885.

Habitudes alcooliques.

Depuis deux mois : douleurs d'estomac, perte d'appétit, sensation de fatigue générale.

A l'entrée : teinte ictérique de la peau et des conjonctives. Douleur au niveau de la base dans la poitrine à droite, accompagnée d'une soux quinteuse et sèche.

L'auscultation en ce point révèle l'existence de frottements pleuraux.

Le foie déborde les fausses côtes, la rate est hypertrophiée.

30 mars. — Aux frottements pleuraux à succédé un souffle doux pleurétique. La voie auscultée a le caractère égophonique. Il se fait de l'épanchement dans la plèvre droite.

13 avril. — Le malade maigrit énormément, il présente de l'œdème des membres inférieurs.

Mort le 21 avril.

Autopsie. — Le foie, libre à sa partie antérieure, adhère fortement au péritoine pariétal sur sa partie latérale droite et en arrière. En ces points, il est relié à la séreuse par des brides très résistantes, très difficiles à détacher. Le lobre doit offre dans son épaisseur deux énormes masses encéphaloïdes, grosses comme le poing, donnant un suc abondant au râclage.

Thorax : deux litres de liquide citrin dans la plèvre droite. A la base du poumon droit : un nodule carcinomateux gros comme une noisette.

Observation IX (*résumée*).

(Villemin. *Thèse de Paris*, 1890.)

Cirrhose hypertrophique alcoolique.

Jeanne D..., 51 ans, dévideuse, entre le 11 juin à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, nº 3.

Il y a huit mois : cauchemars, hallucinations, crampes dans les mollets, pituites. Cette femme buvait surtout du vin.

En février : le ventre commence à augmenter de volume.

En mai : ictère à plusieurs reprises, épistaxis et selles sanguinolentes.

A l'entrée : le ventre est gros, ballonné.

Le foie est volumineux : limite supérieure, au mamelon, limite inférieure, à un centimètre au-dessus de l'ombilic. La rate est augmentée de volume.

Frottements pleuraux à droite.

Observation X (*résumée*).

(Le Roux. *Thèse de Paris*, 1898.)

Cirrhose alcoolique atrophique.

Le nommé J..., 63 ans, serrurier, entre le 5 mars 1893 à l'hôpital Saint-Antoine.

Le malade est un alcoolique. Depuis l'âge de 25 ans il buvait

pour le moins journellement : du rhum le matin, 2 litres 1/2 de vin dans la journée, une absinthe le soir, et cela sans préjudice d'excès plus ou moins fréquents. Il rêve la nuit : incendies, animaux, précipices ; il a fréquemment des pituites le matin. Enfin le tremblement des doigts et des lèvres, joint à la couperose du visage, décèle une imprégnation alcoolique portée au plus haut point.

Pas de traces de syphilis, soit héréditaire, soit acquise.

Depuis quelque temps : appétit diminué, digestions pénibles et accompagnées d'une sensation de pesanteur à l'épigastre.

A l'entrée : ascite considérable, circulation sous-cutanée abdominale très développée.

Région hépatique douloureuse à la palpation, on ne peut délimiter le foie. La ligne de matité supérieure est à 1 centimètre au-dessous du mamelon.

A l'examen de la poitrine on note, à la base droite, du frottement ; rien dans le reste du poumon.

Observation XI (*résumée*).

(*Idem.*)

Cirrhose atrophique. Alcoolisme et paludisme.

Le nommé B... Alcide, 58 ans, employé d'octroi, entre le 7 novembre 1893 à l'hôpital Saint-Antoine (salle Magendie, n° 4).

A vécu en Afrique pendant quelques années et là il aurait eu quelques fièvres intermittentes. De même sur le Danube, au retour de Crimée, il aurait été atteint d'impaludisme.

Employé des douanes depuis vingt-quatre ans, il voyait pas-

ser par jour sept ou huit cents hectolitres de vin et il avoue qu'il le goûtait très fréquemment.

Depuis trois mois : démangeaisons intolérables, désordres intestinaux, appétit diminué.

A l'entrée : ascite et réseau superficiel très developpé. Impossible de délimiter l'étendue du foie.

A l'examen de la poitrine : inspiration humée des emphysémateux, quelques râles sibilants et ronflants desséminés dans les deux poumons. Frottement à la base droite.

Le 29 novembre : respiration très gênée par le volume considérable de l'abdomen.

On fait une première ponction et on peut se rendre compte après que le foie est dur et petit.

Observation XII (*résumée*).

(*Idem.*)

Cirrhose alcoolique avec paludisme.

B... Ernest, 57 ans, entre le 25 novembre 1893, hôpital Saint-Antoine (salle Magendie).

Pas de syphilis.

Pendant son service militaire, qui dura douze ans, et qu'il fit successivement en Crimée, en Italie et en Afrique, il contracta des habitudes alcooliques.

Au cours de la campagne de Crimée atteint par des fièvres paludéennes, il resta un mois à l'hôpital de Constantine.

Rentré en France il exerça pendant onze ans la profession de marchand de vin. Ce fut pour lui l'occasion d'une exagération de ses habitudes alcooliques.

Depuis trois mois, amaigrissement et pertes de forces, et il y y a trois semaines : œdème malléolaire avec ascite.

A l'entrée : état cachectique, ascite considérable, circulation collatérale peu marquée. Bord inférieur du foie impossible à délimiter.

Auscultation : une inspiration obscure. Respiration prolongée à timbre ronflant.

En bas et à droite : frottements.

Observation XIII (*résumée*).

(*Idem.*)

Cirrhose atrophique.

La nommée P..., 56 ans, entrée le 13 janvier dans le service de M. le Dr Hanot (salle Grisolle, n° 24).

La malade s'est toujours bien portée jusqu'à l'année dernière

Jamais d'ictère, ni de coliques hépatiques.

Elle ne buvait, à en croire ce qu'elle raconte, qu'un demi-litre de vin par jour et un peu de vulnéraire le matin.

Elle n'a jamais eu ni crampes dans les mollets ni rêves effrayants. Elle a fréquemment des pituites et elle présente un tremblement marqué des doigts et de la langue.

Il y a trois semaines, son ventre a commencé à gonfler.

Pas de douleurs, mais un amaigrissement et une perte des forces graduellement croissants.

A l'entrée : ventre distendu et circulation collatérale développée également des deux côtés de l'abdomen.

Épistaxis légères ces jours derniers et démangeaisons insupportables.

A l'auscultation : un peu de rudesse de l'expiration et des râles ronflants. Quelques frottements à la base droite.

Morte le 24 janvier, dans le collapsus.

A l'autopsie : la plèvre contient quelques grammes de liquide sanguinolent. Adhérences au niveau des lobes supérieur et moyen du poumon droit.

Foie petit, granuleux. Il pèse 1.170 grammes. Il existe de la périhépatite.

La rate est grosse, lie de vin, et pèse 270 grammes.

Observation XIV (Résumée).

(*Idem.*)

Cirrhose hypertrophique.

M... Alfred, 31 ans, boulanger, entre le 17 janvier 1893, service du Dr Hanot.

Il n'a jamais été malade jusqu'à l'an passé.

Il était de constitution robuste, fortement musclé.

Pas de syphilis.

Depuis l'âge de 13 ans, il a fait des excès alcooliques.

A l'entrée : paraît assez robuste, un peu amaigri, avec une teinte subictérique des conjonctives et des téguments. Il accuse des démangeaisons à la peau, qu'il dit ressentir déjà depuis le mois d'août.

Le ventre, ballonné, donne à la percussion un son tympanique. Foie volumineux, pas douloureux à la pression, à surface lisse.

La rate ne paraît pas modifiée.

A l'auscultation du poumon : râles sibilants et ronflants avec une pluie de frottements à la base droite.

Observation XV (Résumée).

(*Idem.*)

Cirrhose alcoolique et paludisme.

Le nommé J...Pierre, 54 ans, treillageur, entre le 27 mai 1893 dans le service du Dr Hanot, hôpital Saint-Antoine.

A 19 ans: chancre qui dura huit jours et ne fut suivi d'aucun accident pouvant faire supposer la syphilis.

Quatorze ans de séjour en Afrique ; il a eu pendant trois mois des fièvres intermittentes, revêtant le type tierce, jamais elles n'ont reparu depuis.

Pendant son séjour en Afrique : excès alcooliques.

De temps à autre il éprouve des crampes dans les mollets la nuit et des pituites le matin.

Il y a quinze jours : le ventre a commencé à augmenter de volume.

A l'entrée : ballonnement considérable du ventre, réseau veineux sous-cutané.

Volume du foie impossible à délimiter en raison du météo-isme.

Examen de la poitrine : négatif, sauf à la base droite où la respiration est très diminuée et où l'on entend des frottements très nets.

TROISIÈME PARTIE

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DES FROTTEMENTS

Chapitre I

DES SYMPTÔMES PLEURAUX OBSERVÉS AU DÉBUT DE CERTAINES HÉPATITES. — OBSERVATIONS

Lorsque nous avons parlé de la recherche systématique du frottement dans certains cas où le diagnostic d'hépatite est en suspens, nous avons laissé entrevoir qu'il était possible par ce moyen de déceler la maladie dans son évolution.

Essayons de rapporter brièvement l'opinion des cliniciens sur ce point tout spécial.

M. Bertrand (1) considère le frottement, qu'il soit péritonéal ou pleural, comme un moyen de diagnostic précoce des hépatites des pays chauds. La périhépatite se traduit d'après lui par ces trois termes qui sont : douleur, dyspnée et frottement. Ce dernier symptôme « manque rarement et il est un bon signe de diagnostic

1. *Loc. cit.*

dont les médecins des pays chauds ne méconnaissent pas la valeur. Dans la plupart des cas, le médecin désireux d'intervenir à temps soupçonne plus qu'il ne l'affirme l'existence du pus hépatique ; jusqu'au jour où il en appelle à la ponction exploratrice, il établit ses présomptions sur les commémoratifs (séjour colonial et dysentérie) autant que sur les symptômes présentés par le malade au moment de l'examen. Dans la grande majorité des cas, si peu urgents sont les symptômes locaux et généraux que tel malade qui se présente porteur d'un abcès du foie, déclare ne pas savoir s'il a un foie. »

Envisageons une maladie mieux connue dans nos régions : le kyste hydatique. A ce propos M. Labadie-Lagrave nous signale, parmi les troubles qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic, « des éruptions ortiées répétées, de l'oppression, des palpitations et une pleurésie sèche ou avec épanchement de la base ». Le professeur Dieulafoy (1) nous cite un malade atteint de kyste hydatique et chez lequel les autres symptômes auraient été précédés de trois ébauches de pleurésie du côté droit.

Milard-Gübler, à la Société médicale des hôpitaux (séance du 12 novembre 1886) présente un malade porteur d'un foie volumineux avec quelques frottements pleuraux à la base droite et chez lequel il a diagnostiqué du kyste hydatique. Sa conclusion est la suivante : ces kystes sont impossibles à reconnaître à leur début, car

1. Dieulafoy, *Manuel de pathologie interne.*

la symptomatologie en est masquée par des accidents de voisinage : pleurésie surtout. Et à l'appui de son affirmation, il présente un second malade.

C'est surtout cette dernière communication qu'il nous a paru intéressant de reproduire, car il s'agit d'une hépatite dont le diagnostic ne fut fait que fort tard, malgré les frottements révélateurs du début. Le second malade de Milard dont « l'état de santé périclite depuis neuf mois, a été traité longtemps pour une pleurésie sèche au moyen de vésicatoires et de pointes de feu, et de fait il existe encore des frottements dans tout le côté droit de la poitrine. Aujourd'hui il existe des irradiations douloureuses du côté de l'épaule droite ; la base du thorax est élargie, la région épigastrique est le siège d'une voussure très prononcée. On constate enfin un léger œdème des membres inférieurs et les veines sous-cutanées abdominales présentent un développement exagéré. » Milard pose alors le diagnostic de kyste hydatique.

Il est donc un fait acquis depuis longtemps : Des symptômes pleuraux antérieurs à certaines maladies du foie ont été signalés et quelques cliniciens ont voulu voir dans ces phénomènes un moyen de diagnostic. Ces symptômes pleuraux sont :

1° De la pleurésie avec épanchement ;

2° De la pleurésie sèche accompagnée de phénomènes tels qu'ils attirent l'attention du malade et du praticien. Dans le cas de Milard, ils ont été l'objet pendant fort longtemps d'un traitement approprié (vésicatoires, pointes de feu) ;

3° Des frottements qui sont les gros symptômes décrits par les auteurs.

Quant aux hépatites consécutives, ce sont les mêmes maladies à grands fracas que nous avons déjà signalées : cancer, kyste hydatique, grands abcès du foie.

Malgré notre but, qui est de faire ressortir la valeur séméiologique du frottement, à un point de vue tout spécial, nous avons pensé qu'il était bon de rapporter quelques observations de ces gros symptômes pleuraux, pouvant ou ayant pu mettre sur la voie d'un diagnostique hépatique.

Observation XVI (*résumée*).

(Depasse. *Thèse de Bordeaux*, 1889.)

Début pleurétique insidieux. Troubles du foie consécutifs attirant en fin de compte toute l'attention

Le L..., 27 ans, quartier-maître de manœuvres.

En mars 1886, départ pour le Tonkin où il reste vingt et un mois. En novembre 1887, entre à l'hôpital d'Haïphong pour une pleurésie droite dont la symptomatologie manque de netteté. La fièvre ne débute que quelques jours après l'entrée. Il quitte l'hôpital en janvier 1888 pour être rapatrié. Pendant la traversée : troubles du foie constants qui nécessitent l'entrée à l'hôpital de Toulon où Le L... est traité pour congestion hépatique.

Congé de trois mois suivi d'un mois de prolongation.

A la fin de son congé, le 15 juillet, ne pouvant faire son service, il rentre de nouveau à l'hôpital de Brest.

Le foie est nettement augmenté de volume et il existe de la douleur au-dessous des fausses côtes.

Au thorax, en arrière, à la base droite : respiration obscure, vibrations augmentées.

Le 23 août : congé de convalescence de deux mois.

Le 13 novembre : quatrième entrée à l'hôpital. Depuis quatre jours : douleur diffuse à la région hépatique. Le foie ne déborde pas sensiblement les fausses côtes; la matité commence à deux travers de doigt au-dessous du mamelon. Embarras gastrique, selles pâteuses, décolorées, teinte subictérique des téguments. Fièvre, 38°8.

Matité dans toute l'étendue du poumon droit en arrière. Respiration très affaiblie en arrière dans la totalité de l'hémithorax droit. Pas de crachats sanglants.

Le 15 décembre : congé de convalescence de trois mois.

Observation XVII (*résumée*).

(*Idem.*)

PLEURÉSIE DROITE RÉVÉLATRICE, A L'AUTOPSIE, D'ADHÉRENCES DU FOIE ET DE LA PLÈVRE AU DIAPHRAGME

K... Paul, 37 ans, deuxième maître de mousqueterie.

Entré à l'hôpital de Brest le 26 novembre 1888 dans le cours d'une pleurésie à droite pour laquelle il a été traité à domicile.

Sorti le 4 décembre en voie d'amélioration. Depuis cette époque, est resté chez lui en disponibilité. Entre pour la deuxième fois à l'hôpital le 26 avril 1889, avec le diagnostic : péritonite. T. : 37°2. Il meurt le lendemain.

Autopsie :

Cavité abdominale : A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une certaine quantité de liquide séro-purulent. Au niveau du cæcum : adhérences nombreuses infiltrées de liquide intestinal et de pus. La muqueuse est le siège d'ulcérations multiples. Distension gazeuse considérable de l'intestin grêle.

Le foie adhère très fortement de toutes parts au diaphragme. Parmi les adhérences, il en est de molles, récentes, farcies de vaisseaux de nouvelle formation et d'autres fibreuses anciennes. Le ligament suspenseur est très épaissi; le ligament triangulaire gauche présente aussi un épaississement considérable. Il est parcouru par un groupe de veines très dilatées, reliées d'une part au diaphragme et, d'autre part, se réunissant en un troncule qui plonge dans la face inférieure du foie.

La glande est dure, résistante au doigt, pèse 1850 grammes.

Rate de volume normal.

Cavité thoracique : A droite, adhérences de la plèvre dans toute son étendue costale et diaphragmatique unissant solidement le poumon et le diaphragme. Pas de liquide.

A gauche : pas d'altération.

Observation XVIII (*résumée*).

(Bertrand. *Revue hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, octobre 1890.)

Frottements ayant mis sur la voie du diagnostic : abcès hépatique

Constantin A..., treize ans de séjour en Chine. Habitudes alcooliques. A souffert pendant plusieurs mois de diarrhées et de dysentérie.

Entré à l'hôpital de Shang-Haï, le 13 octobre 1879. Selles

muco-sanguinolentes. Dyspepsie avec langue sèche et fuligineuse. Douleur continuelle et un peu vague dans tout l'abdomen. Le foie est augmenté de volume.

A l'inspiration, on entend un bruit de frottement des deux côtés de la ligne axillaire antérieure. La rate est normale ; légère albuminurie.

En raison des frottements axillaires, un abcès hépatique est soupçonné ; la ponction aspiratrice est faite dans le septième espace.

Diagnostic confirmé par la présence du pus.

Observation XIX (*résumée*).

(*Ibidem.*)

M..., entré dans mon service de Saint-Mandrier, le 1er mars 1888.

Dysenterie chronique à crises subaiguës. Température variable, foie volumineux.

Le 8 février : vive douleur au niveau du septième espace intercostal droit.

Le 11 février : la douleur hépatique persiste. Pas de douleur à l'épaule.

Bruit de frottement à la base de l'hémi-thorax droit en arrière.

15 février. — Le frottement hépatique persiste très accentué. Il signifie évidemment péri-hépatite et comme existent par ailleurs les signes rationnels d'un abcès du foie, comme enfin la zone sensible paraît légèrement œdémateuse, une intervention chirurgicale est reconnue nécessaire.

Ponction dans le septième espace, issue de pus rougeâtre.

Mort le 6 mars.

Autopsie.

Adhérences gélatineuses et sans résistance du foie avec la paroi costo-abdominale, le diaphragme, l'angle du côlon transverse et du côlon ascendant. Adhérences pleuro-diaphragmatique plus solides.

Le foie pesait 2 kgr. 500. Deux abcès.

Observation XX (*résumée*).

(A. Souques, int. des hôp. *Bulletin de la société anatomique*, mai-juin 1889).

Hépatite a diagnostic incertain. Frottements axillaires intenses Autopsie révélatrice d'abcès multiples du foie

B... Émile, 58 ans, terrassier, entre à l'hôpital Broussais le 20 mai 1889, service de M. Chauffard.

De 7 à 11 ans, fièvres paludéennes en Sologne. A quitté ce pays à 11 ans et depuis n'a jamais été malade.

Le 17 mai 1889 : brusquement douleur abdominale diffuse et oppression, fatigue qui l'oblige à quitter son travail. Après une purgation, la douleur se localise à l'hypocondre droit.

21 mai. — A l'entrée, point douloureux au niveau du bouton diaphragmatique, exaspéré par la pression et par la toux.

Ni nausées, ni vomissements. Température, 39°.

24 mai. — Tuméfaction uniforme du foie.

A l'auscultation de la région hépatique, on perçoit très distinctement des frottements secs de périhépatite. Douleur un peu diminuée.

28 mai. — Les frottements persistent avec la même intensité ;

la pression la plus forte ne réveille aucune douleur au niveau de l'hypocondre droit.

31 mai. — La palpation la plus méthodique ne réveille aucune douleur. A l'auscultation de l'hypocondre, on entend de gros frottements de cuir neuf dans le lobe droit. Dans le lobe gauche ces frottements existent, mais sont plus fins. Leur maximum se trouve à l'intersection de deux lignes : l'une verticale prenant dans l'hypocondre droit à huit centimètres de la ligne axillaire, l'autre horizontale passant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. En ce point, ces frottements sont sensibles à la main, surtout dans les mouvements inspiratoires.

1er juin. — Mort dans le collapsus.

Autopsie.

Épanchement pleural double de sérosité citrine, assez abondant.

Poumon droit adhérent en avant et en haut.

Foie énorme : 3 kgr. 900.

Sur la face antérieure, à la partie moyenne : poche allongée de la grosseur d'une tête de fœtus, limitée en avant et en haut par la face inférieure du diaphragme et le ligament falciforme, en arrière par le foie lui-même. Cette poche, qui contient du tissu hépatique sphacélé et du pus, se rompt pendant qu'on procède à l'extraction du foie. Par ailleurs : neuf abcès hépatiques du volume d'une orange.

Chapitre II

LES FROTTEMENTS RÉVÉLATEURS DANS LES HÉPATITES LATENTES. — OBSERVATIONS

M. Bertrand, qui reproduit l'observation XX, fait remarquer combien il est regrettable que dans ce cas l'auteur n'ait pas attribué aux frottements toute la valeur réelle d'un signe diagnostique. En notant soigneusement la présence, le siège, l'intensité de ces frottements, l'absence de douleur au niveau de l'hypocondre droit, M. le Dr Souques a fait tout simplement œuvre consciencieuse.

Le frottement sans douleur : c'est le phénomène silencieux déjà envisagé par nous, au cours des hépatites confirmées. Nous allons maintenant le rechercher au cours des hépatites latentes, c'est-à-dire dans les maladies du foie en évolution, ou anciennes.

Dans cette intention, nous avons ausculté les régions sous-axillaires d'un certain nombre de sujets dont l'état général nous a paru satisfaisant et chez lesquels le foie nous a semblé normal.

Presque toutes nos observations ont été prises à l'hôpital et, dans ce milieu tout spécial, nous nous sommes toujours heurté aux mêmes causes de congestion hépatique. Autrement dit : lorsque nous avons découvert des frottements axillaires nous avons presque toujours retrouvé en même temps des symptômes d'éthylisme ; quelques-uns de nos sujets étaient entachés de paludisme et de syphilis.

Mais nous avons ainsi acquis la certitude que la plèvre réagissait de bonne heure à tout ce qui pouvait être une cause d'altération dans le fonctionnement ou la constitution anatomique du foie. En même temps, nous basant sur de nouvelles observations, nous avons pensé que cette réaction pleurale une fois constituée (par un mécanisme que nous invoquerons tout à l'heure), restait un fait accompli. Aussi chez tel sujet atteint autrefois d'une cirrhose alcoolique par exemple : l'ascite, l'œdème, l'atrophie ou l'hypertrophie du foie ont disparu. Mais il est un signe qui selon nous existera toujours, un signe révélateur de la lésion ancienne : le frottement pleural.

Il nous paraît devoir ressortir de ces quelques lignes certaines remarques importantes.

Dans l'évolution des maladies du foie, la période la moins connue, le stade qui échappe souvent au clinicien, est certainement la période de début, la phase où l'affection pour ainsi dire latente, ignorée, ne se révèle pas encore fonctionnellement et cliniquement. C'est là, une période difficile à reconnaître, difficile à dépister et dont pourtant la connaissance complète est d'une

grande valeur diagnostique et surtout pronostique.

Voilà pourquoi Hanot s'est efforcé de réunir un certain nombre de symtômes de début qu'il a appelés les petits signes de l'hépatisme.

Dans un premier stade, c'est, avec les troubles digestifs, la triade symptomatique du petit hépatisme : hypoazoturie, glycosurie alimentaire et urobilinurie.

Dans un deuxième stade, nous aurons : de l'acholie, de l'ictère hémaphérique, de l'albuminurie, de la mélanodermie, des œdèmes naissants.

Dans un troisième stade enfin : ce seront des hémorragies légères, du prurit, des troubles gastro-intestinaux, des hémorroïdes, de la douleur hépatique.

Malheureusement, les trois premiers accidents du début, outre qu'ils passent souvent inaperçus, n'ont par eux-mêmes aucune valeur diagnostique, et lorsque arrivent les œdèmes avec l'albuminurie, l'ictère, et à plus forte raison les hémorragies et les douleurs, le malade semble fort compromis.

Supposons qu'avec la glycosurie ou une légère albuminerie nous nous trouvons en présence de frottements axillaires, supposons que ces derniers coïncident avec des alternatives de diarrhée et de constipation, avec du metéorisme, n'aurons-nous pas le droit de songer à un état morbide du foie.

Dans un autre ordre d'idées, envisageons une maladie bien répandue dans nos salles : la cirrhose atrophique de Laënnec. En présence des hématémèses, des malénas, on a cru bien souvent à des lésions ulcéreuses ou cancéreuses de l'estomac ou de l'intestin. En pré-

sence d'un œdème des membres inférieurs, on a pensé à une lésion cardiaque.

Ne pourrions-nous pas dans ces cas, nous servir d'un guide diagnostique qui serait : le frottement axillaire.

Nous avons noté dans l'observation XXIX le cri d'alarme jeté par un vieux praticien qui avait perçu des frottements chez un ancien hépatique.

Il en est ainsi dans certaines expertises médico-légales, dans l'examen de certains candidats aux emplois du gouvernement, dans l'examen des conscrits devant les conseils de révision ou au moment de leur incorporation ; la plupart des médecins esperts, véritablement hantés par l'idée de tuberculose, n'hésitent pas à conclure dans des cas semblables à un état bacillaire.

Ces quelques lignes auront suffi, croyons-nous, à faire ressortir l'importance des frottements pleuraux chez les hépatiques.

Observation XXI (*personnelle*).

(Rec. dans le service du Dr Labadie-Lagrave.)

Alcoolisme

An..., 37 ans, employé à la Monnaie, est entré en septembre 1908 à l'hôpital de la Charité, salle Reyer.

Il est venu à l'hôpital, nous dit-il, à cause de ses pituites journalières, de ses cauchemars et de faiblesses dans les membres inférieurs.

Cet homme, qui nous déclare n'avoir jamais été malade, est

un buveur d'absinthe. Il boit ses « cinq à six mominettes chaque dimanche et deux à trois litres de vin par jour ».

Le foie, qui dépasse très légèrement le rebord costal, n'est pas douloureux à la pression.

A l'auscultation de la région axillaire droite quelques frottements légers.

A gauche : respiration normale.

Observation XXII, (*personnelle*).

(Rec. dans le service du Dr Morel-Lavallée.)

Alcoolisme

G... Étienne, 56 ans, menuisier, est couché au n° 42 de la salle Corvisart, septembre 1908.

Cet homme est en traitement pour une sciatique du côté droit.

Nous ne relevons chez lui aucun antécédent.

État général très satisfaisant.

Le malade, qui buvait autrefois beaucoup d'alcool, de l'eau-de-vie surtout, prétend avoir abandonné depuis cinq à six ans ses habitudes alcooliques.

Comme stigmates d'éthyle nous relevons seulement chez lui une certaine coloration de la face.

La région hypocondriaque droite est légèrement douloureuse à la pression. Le foie est à peine perceptible à la palpation.

Nous trouvons sur la ligne axillaire droite un frottement pleural dans le septième espace intercostal.

Observation XXIII (*personnelle*).

ALCOOLISME

Louis V..., âgé de 32 ans, est venu à la consultation de l'hôpital Cochin, septembre 1908, pour faire traiter une blennorrhagie.

C'est un garçon marchand de vins qui déclare jouir d'une santé excellente.

Il aime beaucoup l'eau-de-vie, nous dit-il, et de temps en temps il ressent des crampes violentes dans les mollets.

Nous n'avons pas examiné son foie.

A l'auscultation : frottements à droite.

Observation XXIV (*personnelle*).

(Rec. dans le service du Dr MOREL-LAVALLÉE).

ALCOOLISME ET SYPHILIS

Georges A..., 40 ans, garçon d'écurie, est couché au n° 15 de la salle Corvisart, septembre 1908.

Ce malade est un ataxique, en traitement depuis fort longtemps à l'hôpital.

Chancre à 19 ans.

En 1894, il nous dit avoir eu une crise de delirium tremens, après laquelle il fut interné pendant un an.

Depuis deux ans, il ne boit plus.

Actuellement : pituites espacées et quelques cauchemars.

Le foie est normal.

Sur la ligne axillaire droite : quelques frottements.

Sur la ligne axillaire gauche : un frottement très léger.

Observation XXV (*personnelle*).

(Serv. du Dr Morel-Lavallée.)

Cirrhose atrophique ancienne

Henri G..., 51 ans, garçon marchand de vins, est couché au nº 29 de la salle Corvisart, hôpital de la Charité, septembre 1908.

Cet homme est en traitement à la Charité depuis fort longtemps pour accidents tertiaires.

Chancre à 25 ans. Actuellement, il présente des gommes multiples à la face externe de la jambe gauche. Nous ne trouvons chez lui aucune trace d'éthylisme. Il a eu des pituites autrefois, il y a une quinzaine d'années.

En 1893, il est venu à l'hôpital avec une ascite considérable. Il fut ponctionné et il a entendu dire par le médecin qui le soignait que son foie était atrophié.

Les frottements pleuraux sont très marqués sur la ligne axillaire droite.

Observation XXVI (*personnelle*).

Paludisme ancien

L..., étudiant en droit, âgé de 30 ans, présente sur la ligne axillaire droite des frottements, très marqués surtout au niveau du septième espace.

Il y a une dixaine d'années, L... a fait un long séjour aux colonies, pendant lequel il fut atteint d'une dysenterie qui l'obli-

gea à rentrer en France. A la même époque, il fut la proie de fièvres intermittentes, et de quelques hématuries.

Le foie et la rate étaient hypertrophiés.

Actuellement : état général excellent.

Pas de syphilis. Aucune trace d'éthyle.

Observation XXVII (*inédite*).

(Due à l'obligeance de M. Jean X..., externe des hôpitaux.)

Paludisme ancien

Jean X..., étudiant en médecine, 24 ans, a contracté des accès de paludisme en 1897, lors d'un voyage en Orient.

Ses accès reviennent en moyenne une fois par semaine pendant cinq ans, jusqu'en 1902. Ce n'est qu'à partir de son service militaire qu'il n'a plus subi aucun accès franc.

L'examen du sang a été pratiqué du reste à plusieurs preprises et a montré chaque fois à cette période des corps en croissant.

Actuellement, à part quelques crises céphalalgiques revenant pendant trois ou quatre jours de suite, apparemment toujours aux mêmes heures, et cédant à la quinine : aucune manifestation.

Depuis l'âge de quinze ans, le foie légèrement augmenté de volume dépasse un peu le rebord des fausses côtes.

Pas de phénomènes douloureux. Jamais d'accès de coliques hépatiques. Jamais de teinte subictérique.

Aucun antécédent alcoolique.

Il y a environ deux ans, X... croit s'apercevoir au moment des grandes inspirations d'un bruit de cuir neuf dans la région hépatique.

A l'auscultation : on entend nettement quelques frottements à crépitation amidonnée.

Observation XXVIII (*personnelle*).

ÉTATS SUBICTÉRIQUES FRÉQUENTS. ICTÈRE CATARRHAL ANCIEN

A..., étudiant en médecine, âgé de 21 ans, est sujet plusieurs fois dans l'année à des embarras gastriques accompagnés de tout un cortège symptomatique.

Les troubles digestifs consistent en : langue saburrale, intolérance de l'estomac pour certains aliments, constipation avec pneumatose.

La céphalée est intense et en même temps apparaît une teinte subictérique des téguments et des conjonctives. Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, tout rentre dans l'ordre.

Ajoutons que chaque année, et à peu près vers la même époque, le malade subit une crise d'un véritable ictère catarrhal, avec coloration des téguments, selles décolorées, foie douloureux.

En somme : affection hépatique probable.

A l'auscultation : frottements pleuraux, dans la région sous-axillaire droite.

Observation XXIX (*personnelle*).

ICTÈRE CATARRHAL ANCIEN

A..., étudiant, âgé de 26 ans.

A l'âge de 10 ans est atteint d'un ictère catarrhal avec une coloration intense de tout le tégument. Durée de la maladie : quinze jours.

A 16 ans : se plaint de troubles nerveux et d'une anémie vraisemblablement provoquée par un excès de croissance. Le médecin qui l'examina fut très troublé par la présence de frottements pleuraux à la base droite et conclut à un état bacillaire.

A l'âge de 22 ans, A..., qui n'a jamais présenté le moindre symptôme d'ordre pulmonaire, fait une nouvelle poussée ictérique. Cette dernière très légère était due à l'ingestion de douze capsules de Créqui.

Frottements pleuraux dans la région sous-axillaire droite.

QUATRIÈME PARTIE

PATHOGÉNIE

L'inflammation due à la périhépatite est transportée jusqu'à la plèvre par la voie des lymphatiques. Telle est en un mot toute notre pathogénie et c'est aussi l'explication universellement admise aujourd'hui.

Nous avons parlé précédemment des bacilles de Koch signalés par Cornil et Ranvier dans les lymphatiques de jonction ; ajoutons que dans la pleurésie droite consécutive au néoplasme, on a retrouvé également des noyaux cancéreux à travers le diaphragme.

M. le Dr Depasse (1), qui a fait une étude sur les états congestifs du foie des coloniaux, dans leurs rapports avec la pleurésie droite, accorde une grande importance au système vasculaire. Les hyperémies répétées « tiraillent les enveloppes de la glande » et d'après lui, ce ne serait que par étapes, par poussées successives que l'in-

1. Depasse. *Thèse de Bordeaux*, 1889.

flammation aboutirait à la plèvre. Pour expliquer la rapidité du processus inflammatoire, il nous signale plusieurs faits anatomiques parmi lesquels il en est surtout deux qu'il nous a paru bon de retenir.

1° La disposition horizontale du ligament suspenseur entre la plèvre et le diaphragme, qui a pour résultat « d'accumuler quatre feuillets séreux en un point où toute modification de la circulation ou du volume de la glande aura un retentissement constant ».

2° La disposition du cul-de-sac pleural, disposition que nous avons déjà signalée et suivant laquelle en dehors des grandes inspirations, une partie des parois costales et diaphragmatiques de ce cul-de-sac sont en rapport immédiat. Il en résulte que : « à ce niveau se trouve superposés quatre lames séreuses et nous rappelant l'empressement que mettent en général les séreuses à réagir aux irritations nous chercherons dans la constatation de ce fait anatomique une des causes du processus inflammatoire provoqué avec rapidité par des affections hépatiques même les plus légères ».

Il est certain que les connexions vasculaires étroites de la sangle diaphragmatique avec nos deux séreuses, que les dispositions anatomiques citées par M. Depasse doivent contribuer à l'extension rapide du processus morbide, mais pour nous la plus grande part revient aux connexions lymphatiques dont nous avons parlé et aussi sans doute à la constitution anatomique spéciale du centre phrénique.

Dans les grands abcès du foie, dans certains cancers ou la périhépatite tient une si grande place, l'inflam-

mation du péritoine reste sans doute dans quelques cas, comme nous l'avons dit précédemment, la raison primordiale du frottement. Ces exceptions mises à part, toutes les fois qu'il y a irritation du parenchyme hépatique, irritation parasitaire ou toxique ou de tout autre cause, le frottement reste dû à une inflammation circonscrite et adhésive de la plèvre au diaphragme. Nous basons surtout cette affirmation sur le siège de frottements et sur les trouvailles faites aux autopsies.

L'autopsie rapportée dans l'observation I et pratiquée à la Charité par M. le Dr Lortat-Jacob, met bien en évidence ces adhérences pleuro-diaphragmatiques. Elles étaient situées exactement au niveau du point de la paroi où les frottements avaient été perçus. Dans les observations XVII et XIX, des adhérences semblables ont été signalées à l'autopsie.

En un mot, nous croyons :

1° Que la périhépatite, aussi légère soit-elle, représente la première manifestation d'un travail inflammatoire de la glande. Cette manifestation, grâce aux lymphatiques du diaphragme, a sa répercussion immédiate sur la plèvre.

2° Que les adhérences qui représentent anatomiquement la réaction pleurale, resteront, une fois constituées, comme l'affirmation d'un état de souffrance de la glande hépatique.

Nous terminons ce sommaire de pathogénie par une communication de Balzer à la Société anatomique le 21 janvier 1876. Il s'agit de l'autopsie d'une femme de

50 ans, atteinte d'un cancer du foie avec angioleucite pulmonaire.

Nous trouvons dans cette autopsie la démonstration d'une grande partie du mécanisme que nous venons d'invoquer.

Voici cette dernière observation:

Le foie est énorme, agrandi dans toutes les directions. Le diaphragme est adhérent au foie dans presque toute l'étendue de sa face inférieure. Celle-ci présente de nombreux noyaux cancéreux qui proéminent à sa surface. On trouve aussi quelques bourgeons de même nature à sa surface pleurale et sur la plèvre pariétale qui tapisse la colonne vertébrale.

Les poumons ne sont pas adhérents, la plèvre pariétale est saine dans presque toute son étendue : pas d'épanchement séreux.

Les deux poumons sont farcis de petits noyaux cancéreux très nombreux, principalement vers le hile, et présentant presque tous le volume d'un pois chiche. A ces noyaux viennent aboutir de magnifiques réseaux de lymphangite cancéreuse ; ces réseaux sont surtout bien indiqués à la base des deux poumons sur les bords tranchants, et dans les sillons interlobaires. Ils font dans certains endroits une légère saillie à la surface de la plèvre et sont plus nombreux et mieux marqués sur le poumon droit que sur le gauche.

CONCLUSIONS

1° Chez tout hépatique avéré il existe dans la région des hypocondres des frottements. Ceux-ci siègent de préférence à droite et à la limite supérieure de la matité hépatique sur une ligne allant du creux axillaire au tiers antérieur de la crête iliaque.

2° Ces frottements, une fois installés, ne disparaissent plus. Ils pourront nous aider à désmasquer un passé hépatique.

3° Le péritoine périhépatique réagit sur la plèvre au moindre travail inflammatoire de la glande. Les frottements seront pour nous, dans certains cas, un bon guide de diagnostic dans les hépatites en évolution.

Vu : le Président de la thèse
ROGER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Balzer. — Un cas de cancer du foie avec angioleucite pulmonaire. (*Société anatomique*, 21 juin 1876.)

Bertrand. — Frottements périhépatiques et abcès du foie. (*Revue hebdomadaire de médecine et de chirurgie* octobre 1890.)

Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathologique : le système lymphatique.

Depasse. — Des états congestifs et subinflammatoires du foie chez les coloniaux, dans leurs rapports avec la pleurésie droite. (*Thèse de Bordeaux*, 1889.)

Dévé. — Un kyste hydatique gazeux du foie. (*Revue de chirurgie*, 19 déc. 1906.)

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne.

Hanot et Gilbert. — Étude sur les maladies du foie.

Jaccoud. — Traité de pathologie interne.

Labadie-Lagrave. — Traité des maladies du foie.

Lancereaux. — Traité des maladies du foie et du pancréas.

Milard-Gubler. — Deux cas de kystes hydatiques du foie. (*Société médicale des hôp.*, 12 nov. 1886.)

Mongour.— Précis des maladies du foie et des voie biliaires.

Poirier et Charpy. — Traité d'anatomie humaine : tome II, 4e fascicule : les lymphatiques ; — tome IV, 3e fascicule : annexes du tube digestif.

Le Roux. — Contribution à l'étude de la cirrhose hépatique alcoolique. (*Thèse de Paris*, 1868.)

Souques. — Abcès multiples du foie consécutifs à une tiphlite ulcéreuse. (*Bulletin de la société anatomique*, mai-juin 1889.)

Villemin. — Curabilité des accidents péritonéo-hépatiques (*Thèse de Paris*, 1890.)

Imprim. des Facultés A. MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris